# ITEM 274 : VOMISSEMENTS

*A noter : la partie pédiatrie sera traitée dans le CODEX de pédiatrie*

- **Vomissement** = mécanisme **actif** de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires, glotte fermée → rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac. **Provoqués ou spontanés**.
- **Nausée** = sensation subjective désagréable non douloureuse provenant du tractus digestif haut, associé au besoin de vomir ou à la sensation que les vomissements sont imminents
- **Signes d'accompagnement** :
  . Sympathiques : **tachycardie, sueurs froides, pâleur, mydriase**
  . Parasympathiques : **hypersalivation, sensation de malaise, bradycardie**
- **Fréquent**, **nombreuses causes** souvent communes & bénignes sans nécessité de PEC (mal des transports, grossesse, OH)

| | | |
|---|---|---|
| *D D* | - **Régurgitation** : remontée passive du contenu gastrique ou oesophagien dans la bouche, sans effort musculaire<br>- **Mérycisme** ou **rumination** : remontée **volontaire** dans la bouche d'aliments, de nouveau déglutis après mastication | |
| *Anat* | - Centre : **substance réticulée du tronc cérébral** qui coordonne les phénomènes moteurs (efférences motrices)<br>- Afférences : **zone chémoréceptrice du plancher du 4e ventricule** (*area postrema* : sensible aux stimuli chimiques), **cortex cérébral** (pensée, odeur, émotion), **appareil vestibulaire**, **nerfs vague** et **sympathiques** (du **TD** et du **pharynx**) | |
| *Complications* | **Troubles hydro-électrolytiques** | - **Alcalose métabolique avec hypochlorémie**<br>- **Hypokaliémie**<br>- **Déshydratation et insuffisance rénale aiguë fonctionnelle** (++ si réhydratation PO impossible) |
| | **Syndrome de Mallory-Weiss** | = **Déchirure longitudinale de la muqueuse du cardia** : hématémèse à la suite de vomissements non sanglants ou d'efforts de vomissements répétés<br>- Correction spontanée dans la majorité des cas (90%)<br>- **Endoscopie** systématique : diagnostique ± d'hémostase |
| | **Syndrome de Boerhaave** | = **Rupture de la paroi de l'œsophage** : exceptionnel, très grave → urgence chirurgicale<br>- **Douleur thoracique violente** avec **dyspnée**, **emphysème sous-cutané** et **odynophagie**<br>- **TDM** : pneumomédiastin, emphysème sous-cutané, épanchement pleural… |
| | **Syndrome de Mendelssohn** | = **Inhalation bronchique avec pneumopathie :** surtout en cas de trouble de conscience (++intoxication éthylique sévère) ou troubles neuro associés |
| | Autres | - **Œsophagite**<br>- Complication mécanique : **hémorragie sous-conjonctivale** (non grave), **fracture de côte**<br>- **Interruption des traitements oraux** (non pris ou évacués)<br>- **Dénutrition** si vomissements chroniques<br>- **Encéphalopathie de Gayet Wernicke** : vomissements répétés → dénutrition → carence en B1 |
| *Démarche diagnostique* | *Situations fréquentes* | Matinaux, à jeun de liquide un peu glaireux (pituite) avec haut-le-cœur : - **Alcoolisme, médicament, tabac** ; - **Grossesse**<br>Matinaux, en jet, sans nausée ni haut le cœur : - **Hypertension intra-crânienne**<br>Post-prandiaux tardifs répétés, Aliments nauséabonds partiellement digérés : - **Obstruction haute gastro-duodénale :** organique (tumeur, sténose) ou fonctionnelle (gastroparésie)<br>Fécaloïdes : - **Obstruction basse** : grêle distal/côlon<br>Per-prandiaux ou immédiatement après le repas : - **Cause psychogène** (diagnostic d'élimination)<br>Alimentaires en fin de journée précédés de l'apparition progressive de nausées : - **Syndrome obstructif** (obstacle organique incomplet) |
| | C | - **Interrogatoire** : mode de survenue, signes fonctionnels associés digestifs (transit, douleur) ou non (céphalées…)<br>- **Examen clinique** : signes de déshydratation, dénutrition, hématémèse/méléna…<br>→ Evoquer systématiquement : **grossesse**, **surdosage/intolérance** à un **médicament** (digitaline, érythromycine, chimio, opiacé…) ou **toxique** (**OH**, syndrome cannabinoïde, solvant, peinture), métabolique (**insuffisance rénale ou surrénalienne aigue, acidocétose, hypercalcémie**), **hypertension intracrânienne** |
| | PC | Examens complémentaires non systématiques (si contexte typique : GEA, grossesse, OH, iatrogénie…) :<br>- **Si déshydratation, perte de poids, AEG, terrain à risque (personne âgée, diabète, insuffisance cardiaque ou rénale)** : ionogrammes sanguin (alcalose métabolique, hypochlorémie, hypokaliémie), NFS, créatinine et ionogramme urinaire (insuffisance rénale fonctionnelle)<br>- **Si vomissements chroniques ou signes de dénutrition** : idem + albumine et pré-albumine<br>- **Si hémorragie digestive** : NFS & bilan d'hémostase (TP, TCA) |

## PC

A titre étiologique : examens non-systématiques, guidés par le contexte :
- **βHCG** si femme jeune avec vomissements récents
- **Scanner abdominopelvien** si vomissements aigus et arrêt du transit (recherche d'occlusion)
- **Scanner cérébral** si vomissements aigus en jet avec céphalées matinales/signes de focalisation
- **PL** : si syndrome méningé fébrile, précédée d'un scanner cérébral si doute sur une HTIC
- **ECG** : recherche d'IDM inférieur (notamment si patient diabétique)
- **Glycémie/BU** si diabétique (recherche d'acidocétose)
- **Scintigraphie de vidange gastrique** : recherche de gastroparésie, si vomissements chroniques dans le cadre d'un diabète ancien / d'une sclérodermie / d'une vagotomie accidentelle post-opératoire (chir abdominale/thoracique)
- **EOGD** : si vomissements post-prandiaux avec AEG : recherche de néoplasie gastrique/obstacle digestif haut
- **Calcémie corrigée/ionisée** : métastases osseuses de néoplasie
- ***Echographie abdominale*** : *chez l'enfant avec point d'appel abdominal* (*cf pédiatrie*)

## *Vomissements aigus < 7 jours*

### Cause abdomino-pelvienne
- **Gastro-entérite** ou **toxi-infection alimentaire**
- **Hépatite aiguë**
- **Douleur biliaire : colique hépatique, cholécystite aiguë**
- **Pancréatite aiguë**
- **Sd occlusif** mécanique/fonctionnel (colectasie, iléus)
- **Péritonite**
- **Infarctus mésentérique**
- Réactionnel **: colique néphrétique, torsion de kyste…**

### Cause métabolique ou endocrinologique
- **Acidocétose diabétique**
- **Insuffisance rénale aiguë**
- **Hypercalcémie**
- **Hypoglycémie**
- **Insuffisance surrénalienne aiguë**
- **Hyponatrémie**
- **Hyperthyroïdie**

### Cause médicamenteuse ou toxique
- **Chimiothérapie/radiothérapie**
- **Digitaliques ++**
- **Antibiotique** : **érythromycine**, **aminoside**…
- **Colchicine**
- **Salicylés**
- **Dérivé de l'ergot de seigle**
- **Lévodopa**
- **Dérivés de la théophylline ++**
- **Opiacés**
- **Quinine**
- **Néfopam**
- Toxique : **alcool, nicotine, cannabis**
- Solvants, peintures, encre
- **CO**
- Sevrage : héroïne

### Cause neurologique
- **Maladie vestibulaire** : syndrome labyrinthique
- **Migraine**
- **Traumatisme crânien** : évoquer une **contusion cérébrale** ou un **hématome extra-dural** ou **sous-dural**
- **Méningite**
- **Hypertension intracrânienne**
- **Hémorragie méningée** ou **cérébro-méningée**
- **Malaise vagal**

### Autres causes
- **Grossesse** et **GEU ++**
- **Mal des transports**
- **Post-opératoire**
- **Vomissements psychogènes**

### Pièges diagnostiques
- **Glaucome aigu**
- **Infarctus du myocarde inférieur**

## *Vomissements chroniques > 7 jours*

### Cause digestive

| | Tractus digestif supérieur | Intestin/colon |
|---|---|---|
| Obstruction mécanique (fréquentes +) | - **Cancer gastrique** ou **duodénal**<br>- **Cancer / pseudokyste pancréatique**<br>- **Sténose** sur ulcère gastrique (pylore/antre) ou duodénal | - Tumorale : **cancer colorectal / du grêle, carcinose péritonéale**<br>- Non tumorale : **Crohn, hernie, post-radique/AINS, adhérence/bride** |
| Obstruction fonctionnelle | - **Gastroparésie** : diabète, sclérodermie, amylose…<br>- **Post-chirurgie gastrique / post-vagotomie** | - **Pseudo-obstruction intestinale** primitive / secondaire (sclérodermie, paranéoplasique) |

### Autres
- Psychogène (fréquente+) : **anorexie mentale, boulimie, vomissements psychogènes**
- **Hyperemesis aux cannabinoïdes** : vomissements répétés et prise convulsive de bains/douche chaudes
- Neurologique : **HTIC** (tumorale ou non), **épilepsie**
- **Médicaments/toxiques** : chimiothérapies, autres médicaments (*cf. vomissements aigus*)
- **Grossesse** : évoquer un *hyperemesis gravidarum* ou une môle hydatiforme si prolongés
- **Vomissements cataméniaux** (menstruations), **syndrome de vomissements cycliques « idiopathiques »**

## *TTT*

### Critères d'hospitalisation
- **Etiologie des vomissements** = **urgence** (médicale, obstétricale ou chirurgicale)
- **Troubles hydroélectrolytiques** (déshydratation) nécessitant une correction parentérale
- **Troubles de conscience ou inhalation** (syndrome de Mendelson : pronostic vital engagé)
- **Impossibilité de réhydratation par voie orale** ou **de prise d'un traitement indispensable**
- **Décompensation d'une affection associée**
- Autres complications sévères des vomissements (hématémèse, dénutrition majeure…)

<table>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td rowspan="4">TTT sympto-matique</td><td colspan="3">En parallèle du traitement étiologique (majeur) : chirurgie si Sd occlusif, correction de trouble ionique…<br>- Réhydratation per os ou IV (voire SC) avec correction d'éventuel trouble hydro-électrolytique<br>- Sonde naso-gastrique en aspiration si risque d'inhalation (troubles de conscience), vomissements importants ou urgence chirurgicale (occlusion)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Anti-émétique</td><td colspan="2">→ Seulement si les vomissements ne peuvent être supprimés par le traitement de la cause, dans le cas de vomissements très gênants / à risque de complications grave<br>- Risque faible d'EI grave cardiaque si QT long (arythmie ventriculaire) / Sd extra-pyramidal<br>→ A éviter chez le sujet âgé</td></tr>
<tr><td>Métoclo-pramide</td><td>= Neuroleptique benzamide anti-5HT3, à effet antidopaminergique et cholinergique central et périphérique : voie oral, IV ou IM<br>- <u>EI</u> (10-20%) : surtout à forte dose ou traitement prolongé : sédatif, hyperprolactinémie (gynécomastie, galactorrhée, aménorrhée), syndrome extrapyramidal (dystonie/dyskinésie aiguë ou tardive)<br>- <u>CI</u> : ATCD de dyskinésie tardive aux neuroleptiques, phéochromocytome, consommation d'alcool, association à la lévodopa, hépatopathie</td></tr>
<tr><td>Dompéridone</td><td>= Neuroleptique butyrophénone, à faible passage hémato-encéphalique (EI moins fréquent, hyperprolactinémie possible): voie orale ou sublinguale</td></tr>
<tr><td>Métopimazine</td><td>= Neuroleptique phénothiazine, antidopaminergique électif à très faible passage hémato-encéphalique : voie orale, sublinguale, IV ou IM (voire IR)</td></tr>
<tr><td>Suivi</td><td colspan="3">Surveillance clinique : signes de déshydratation, poids, diurèse, constantes hémodynamiques<br>et biologique : ionogramme sanguin, créatininémie<br>→ Prendre en compte l'interruption des traitements habituels pris per os !</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Chimiothérapie</td><td colspan="4">= 3 types de vomissements induits par chimiothérapie : aigu (< 24h), retardé (> 24h) et anticipé (avant la cure)<br>FdR :<br>- Mode d'administration : bolus > perfusion continue<br>- Anxiété<br>- Sexe féminin, âge jeune<br>- Vomissements lors de chimiothérapies antérieures</td></tr>
<tr><td>Potentiel émétisant</td><td colspan="3">= Selon le produit et la dose, effet variable sur la sévérité/le délai/la durée des vomissements :<br>- Fort risque (> 90%) : cisplatine, cyclophosphamide à forte dose<br>- Risque moyen (30-90%) : oxaliplatine, carboplatine, cyclophosphamide à faible dose, adriamycine<br>- Risque faible (10-30%) : 5-FU, méthotrexate, taxane, mitomycine<br>- Risque minime (< 10%) : bléomycine, bevacizumab, vinblastine, gemcitabine</td></tr>
<tr><td>Traitement et prévention</td><td colspan="3">- Anti-5HT3 = « -sétron » → EI fréquents : céphalées, constipation, bouffées de chaleur<br>- Aprépitant : antagoniste sélectif des récepteurs de la substance P neurokinine 1 (NK1) → EI fréquents : fatigue, constipation, cytolyse hépatique<br>- Corticostéroïdes<br>- Métoclopramide<br>- Alizapride</td></tr>
<tr><td>Grossesse</td><td colspan="4">- Au 1er trimestre :<br>. Vomissements fréquents (50%), physiologiques si aucun retentissement<br>. Hyperhemesis gravidarum (0,35%) : vomissements incoercibles résistants aux TTT symptomatiques, risque de déshydratation, pertes ioniques et dénutrition avec cétonurie, cytolyse hépatique et/ou cholestase parfois ictérique, voire risque d'encéphalopathie de Gayet Wernicke si carence en B1<br>. Môle hydatiforme : exacerbation des signes sympathiques de grossesse (dont vomissements)<br>- Au 3e trimestre : cause non liée à la grossesse (digestive), stéatose aiguë gravidique ou pré-éclampsie → URGENCE</td></tr>
</table>